

# 感 染 症 連 絡 票

< 送付先 : FAX 03-3988-3568 >

豊島区保健所保健予防課 感染症保健指導グループ

感染症の集団発生等が疑われる場合には、下記ご記入ください。発生状況により、保健所の聞き取り調査・訪問調査及び主管課への連絡等ご協力をお願いします。

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 連絡日  | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 感染症  | <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A B） <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎（ノロウイルス等） <input type="checkbox"/> 食中毒（疑い含む）<br><input type="checkbox"/> 麻疹・風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 連絡者  | 氏名： [看護師・施設の長・事務長・その他： ]<br>施設名：<br>施設住所：<br>電話： Fax：                                                                                                                                                                                                                                 |
| 施設概要 | <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 他<br>利用者数・生徒数（ ） 職員数（ ）                                                                                    |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 発生日時            | 年 月 日 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 発生場所<br>(階・クラス) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 発生状況            | 発生の経過（いつからどのように広がったと考えられるか、簡潔に記載ください）<br>※日にちや人数の詳細については、次ページの表に記入ください                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 主な症状            | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状（咳・痰・喘鳴）<br><input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気 <input type="checkbox"/> 下痢・軟便・水様便 <input type="checkbox"/> 血便<br><input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 視力異常 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 重症者             | <input type="checkbox"/> 入院（ ）名 <input type="checkbox"/> 死亡（ ）名                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 食事の提供状況         | <input type="checkbox"/> 集団給食（ <input type="checkbox"/> 施設内調理 <input type="checkbox"/> 施設外・関連施設 <input type="checkbox"/> その他）<br><input type="checkbox"/> 弁当 <input type="checkbox"/> 外食 <input type="checkbox"/> 行事調理等 <input type="checkbox"/> 共通の食事なし                                                                                                 |
| 最近の行事           | 最近実施した行事・旅行・プール等<br>年 月 日（内容： ）<br>年 月 日（内容： ）<br>年 月 日（内容： ）                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の対応 | <input type="checkbox"/> 健康観察 <input type="checkbox"/> 消毒・清掃 <input type="checkbox"/> 個室対応 <input type="checkbox"/> 面会制限 <input type="checkbox"/> 学級閉鎖<br><input type="checkbox"/> 保護者等への連絡 <input type="checkbox"/> 主管課への連絡 <input type="checkbox"/> その他 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

豊島区保健所 保健予防課 感染症保健指導グループ

電話：03-3987-4182 Fax：03-3988-3568

感染症患者発生状況

<施設名>

<報告日>

年

月

日

| No. | クラス<br>階・病棟<br>患者<br>職員 | 氏名<br>仁シアル可 | 性<br>別 | 年<br>齢 | 症状（発症日・回数） |        |    |    |   | 受診先<br>診断名      | 検査を<br>した場合<br>検査日 | 欠席<br>初日 |
|-----|-------------------------|-------------|--------|--------|------------|--------|----|----|---|-----------------|--------------------|----------|
|     |                         |             |        |        | 発熱         | 咳      | 嘔吐 | 下痢 |   |                 |                    |          |
| 例   | 1歳児<br>クラス              | B. K        | 女      | 1      | 7<br>1     | 7<br>2 | ／  | ／  | ／ | Nクリニック<br>インフルB | 7/2                | 欠        |
| 1   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 2   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 3   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 4   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 5   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 6   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 7   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 8   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 9   |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 10  |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 11  |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 12  |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 13  |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |
| 14  |                         |             |        |        | ／          | ／      | ／  | ／  | ／ |                 |                    |          |